488

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par VINCENT AUBIN

Né à Vezins (Maine-et-Loire), le 25 Mai 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Hérédo-Syphilis

Du Larynx

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. TUFFIER, professeur.
HANRIOT et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE & BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

488

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par VINCENT AUBIN

Né à Vezins (Maine-et-Loire), le 25 Mai 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Hérédo-Syphilis

Du Larynx

Président : M. POTAIN, professeur.

Juges : MM. TUFFIER, professeur.
HANRIOT et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LOCOBAT. BIBL.

PARIS
JOUVE & BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LEDENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
	GAUCHER.	
ACHARD.	GILLES DE LA TOURETTE.	ROGER.
ALBARRAN.	HEIM.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Membre de l'Institut

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique médicale à la Faculté

Commandeur de la Légion d'honneur.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0040

INTRODUCTION

Les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire sont plus communes qu'on le croit généralement. On peut les observer dans le premier âge : sur soixante-seize cas, John Mackenzie dit en avoir rencontré 53 au cours de la première année, dont 43 dans les six premiers mois, 17 dans le premier mois et 4 dans la première semaine après la naissance. On a même cité deux cas de lésions laryngées développées au cours de la vie intra-utérine.

Sir Morell Mackenzie déclare également avoir observé des lésions chez l'enfant : cependant, il avoue ne pas les avoir rencontrées au dessous de l'âge de sept ans. Dans chacun des cinq exemples qu'il rapporte, il existait une ulcération du bord libre de l'épiglotte avec dénudation du cartilage.

D'après cet auteur, le seul exemple incontestable de laryngo-syphilose héréditaire chez un enfant en bas âge a été signalé par Isidor Frankl (1). Il s'agissait

(1) Wiener Mediz. – *Wochenschrift*, nos 69 et 70. 1868.

d'un enfant qui fut atteint de coryza deux mois après sa naissance et mourut de sténose aiguë du larynx dans l'espace de trois semaines. A l'autopsie on trouva une nécrose du cartilage cricoïde et de l'aryténoïde gauche et les lésions typiques du foie syphilitique.

Rauchfuss dit que dans les statistiques des autopsies des hôpitaux d'enfants trouvés de Saint-Pétersbourg et de Moscou on note quelques cas d'ulcérations profondes et de périchondrite chez des enfants âgés de deux à trois mois.

D'autre part, le docteur F. Semon a présenté à la société pathologique de Londres (3 février 1880) deux cas de syphilis congénitale du larynx observés chez des enfants de trois et de cinq ans (1). Ces enfants avaient présenté pendant la vie de l'enrouement, une dyspnée continuelle et des symptômes constitutionnels de syphilis bien avérés.

M. le professeur Fournier a pu réunir une dizaine de cas d'hérédo-syphilis laryngée, dont sept personnels et trois qui lui ont été communiqués par le docteur Poyet. Dans ces cas, les accidents ont fait invasion à des échéances diverses, comprises entre trois et seize ans.

M. le professeur Dieulafoy et le docteur Bonin ont observé un jeune enfant qui avait été pris de symptômes laryngés tellement intenses qu'on parlait de pratiquer la trachéotomie: les accidents cessèrent en quelques jours grâce à la liqueur de Van Swieten.

(1) *Brit. med. Journ.* 14 février 1880.

M. Sevestre rapporte également deux cas analogues (1).

Cependant cette manifestation de l'hérédo-syphilis laryngée au cours de la première enfance est assez rare : c'est généralement au bout de plusieurs années, c'est-à-dire dans le cours de la seconde enfance et quelquefois même plus tard, dans l'adolescence qu'apparaissent les premiers symptômes de laryngosyphilose. Ces déterminations tardives de la syphilis sont exposées à être méconnues comme nature et ont été souvent confondues avec les lésions de la scrofule.

« On a commis bien des erreurs tant qu'on n'a pas connu la syphilis héréditaire tardive, et aujourd'hui encore, que de fois ne met-on pas sur le compte d'une soi-disant scrofule, des accidents hérédo-syphilitiques survenus chez des enfants, chez des adolescents et même chez des adultes ». Dieulafoy. *Pathologie interne* Tome II.

C'est pourquoi, il importe avant tout au médecin de savoir dépister l'hérédo-syphilis, de connaître toutes les manifestations spécifiques qui l'accompagnent et les nombreux stigmates dystrophiques qui en sont en quelque sorte l'expression clinique.

Avant d'aborder l'étude du sujet qui fait l'objet de notre thèse inaugurale, nous avons cru nécessaire, pour l'intelligence de la question, de tracer en un exposé succinct les divers accidents spécifiques de l'hérédo-syphilis qui représentent la transmission de

(1) Sevestre. — *Clinique infantile*. 1839.

la syphilis en substance de l'ascendant au descendant, d'une part, et les nombreux stigmates dystrophiques créés par l'hérédo-syphilis qui constituent à proprement parler des manifestations parasyphilitiques, c'est-à-dire n'ayant rien de spécifique, d'autre part.

ACCIDENTS SPÉCIFIQUES

DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Examen des enfants présumés syphilitiques.

La syphilis héréditaire peut ne se manifester que par un seul symptôme, mais assez net, assez caractéristique pour que le diagnostic ne puisse un seul instant rester indécis. D'autres fois, on trouve associés un certain nombre de symptômes qui, pris isolément, n'auraient peut-être pas une valeur absolument positive, mais qui se prêtent mutuellement appui, de façon que là encore le diagnostic ne risque guère de s'égarer.

Qu'un enfant présente à la naissance des bulles à la paume des mains et à la plante des pieds, alors même que l'on n'avait aucun doute sur la santé des parents, on n'hésitera pas à considérer cet enfant comme syphilitique, et l'on se gardera bien de lui donner une nourrice.

Dans certains cas, cet examen est d'autant mieux indiqué que l'on est déjà mis sur la voie du diagnostic par certains signes: ce sera, par exemple, une pseudo-paralysie d'un membre, un écoulement indolent de l'oreille, ou bien encore on constatera un dépérissement de l'organisme. Quelquefois il suffira de déshabiller l'enfant pour constater, avec la teinte bistrée des téguments, une éruption généralisée de syphilides non douteuse.

A la face, on pourra rencontrer des éruptions de syphilides, spécialement au menton, au niveau des sourcils, à la commissure des lèvres, au voisinage des narines et des paupières.

Aux lèvres on cherchera avec soin les fissures. Le coryza devra être noté. L'alopécie sera également un bon élément de diagnostic de même l'existence d'ostéophytes sur les os du crâne.

La présence de plaques muqueuses autour de l'orifice anal, la constatation à la paume des mains et à la plante des pieds du pemphigus syphilitique ou du faux psoriasis sont des signes précieux en faveur de l'hérédo-syphilis.

Stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire.

L'hérédo-syphilis peut se traduire par des manifestations dystrophiques qui n'ont aucun rapport avec celles de la syphilis vraie.

« Elles consistent, en effet, presque toutes, dit M. Fournier, en des défaillances natives du développement, aboutissant à des imperfections, à des incorrections organiques, à des formations enrayées ou défectueuses, à des déviations de type, etc..., voire même, dans leur degré le plus élevé, à des monstruosités véritables. » E. Fournier, thèse. Paris, 1898.

De là, pour l'individu, un certain degré de déchéance vitale, d'infériorité, qui fait du sujet qui en est atteint, un véritable dégénéré.

Ces troubles dystrophiques peuvent porter sur tout l'ensemble de l'individu, ou n'affecter qu'un élément, un organe.

Quand les dystrophies hérédo-syphilitiques portent sur l'être tout entier, elles se traduisent généralement, dès la naissance, par une débilité générale, une chétivité spéciale qui, constitue, suivant l'expression significative du professeur Fournier, « une inaptitude à la vie ».

« Les enfants qui en sont atteints succombent, dit M. Fournier, par le fait de l'infection native, par le fait d'une dystrophie générale qui les a privés du degré de force, d'énergie, de résistance organique nécessaire à la vie. Ils sont comme enrayés d'emblée dans leur développement vital, par cette sorte de dystrophie originelle qui caractérise de façons si variées l'hérédo-syphilis. » A. Fournier, *La Syphilis héréditaire tardive*, Paris, 1886.

Toutefois, comme nous le verrons plus loin, l'enfant issu de parents syphilitiques peut naître avec des

apparences normales aussi satisfaisantes que possible, et ce n'est que plus tard, à une époque quelquefois fort éloignée de la naissance, qu'apparaissent les premières manifestations de l'infection : tel le rachitisme qui, suivant Parrot, n'est qu'un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la deuxième année de l'existence. Cette doctrine a été, à juste titre, combattue violemment et il est admis aujourd'hui, sans conteste, que le rachitisme n'est pas lié forcément à l'infection syphilitique, qu'il peut exister indépendamment d'elle, qu'en tout cas, il doit plutôt être considéré comme une manifestation *indirecte* de la syphilis.

« J'imagine, dit le professeur Fournier, dans ses Leçons sur la syphilis héréditaire tardive, que la syphilis produit le rachitisme au même titre qu'elle produit la débilité native, l'appauvrissement de la constitution, le lymphatisme, la tuberculose, le lupus, les dystrophies, les malformations dentaires, les arrêts de développement, l'infantilisme, etc., toutes conséquences banales d'une cause spécifique, mais d'une cause spécifique exercant sur l'économie une influence commune et vulgaire de dépression, de dénutrition, de consomption, de déchéance organique générale, de dégénérescence. Et cette façon d'envisager les choses me permet de comprendre également bien ces deux faits d'observation, à savoir : 1° que la syphilis puisse produire le rachitisme, et 2° qu'elle ne soit pas seule à le produire. »

L'hérédo-syphilis ne retentit pas toujours d'une façon aussi générale sur l'organisme ; elle peut locali-

ser son action à tel ou tel élément, à tel ou tel organe, et, comme la syphilis acquise, elle est susceptible de montrer ses effets dans n'importe quel point du corps.

Ici, elle se traduit par des dystrophies crâniennes portant sur le frontal (front olympien, front à bosselures latérales, front en carène), sur les pariétaux (crâne natiforme), ou par une asymétrie de la boîte crânienne, ou encore par des anomalies dans le volume de la boîte osseuse (microcéphalie, dolicocéphalie, scaphocéphalie, hydrocéphalie). Là, ce sont les dystrophies du système dentaire qui dominent. Elles sont dues à un trouble nutritif ayant surpris la dent au cours de son évolution. La lésion peut porter sur la couronne même de la dent ou bien sur son sommet.

Les dystrophies coronaires sont caractérisées surtout par des érosions que nous diviserons avec Fournier, en érosions en cupule, en érosions en sillon (dents dites en gradins), et en érosions en nappe. Les dystrophies cuspidiennes portent surtout sur les canines et les incisives ; elles consistent principalement en des atrophies du sommet de la dent (dent en scie, dent en clou de girofle, dent d'Hutchinson.)

Citons encore le microdontisme et le gigantisme dentaire.

Ailleurs, le malade s'offre au médecin avec un bec-de-lièvre, ou atteint de dystrophies oculaires, telles que malformations palpébrales, coloboma des paupières, anomalies pupillaires, strabisme, etc..., ou encore de dystrophies auriculaires caractérisées par des malformations sans nombre du pavillon de l'oreille.

Du côté du rachis, vous observerez des déviations scoliotiques, le spina bifida pouvant coïncider avec l'hydrocéphalie.

Poussez votre examen et vous constaterez que les membres eux-mêmes ont subi l'influence malheureuse de l'hérédo-syphilis. Dans certains cas vous remarquerez des arrêts de développement, dans d'autres, au contraire, c'est une hypertrophie considérable qui attirera votre attention, et vous serez surpris de voir l'hérédo-syphilis capable de produire le nanisme et le gigantisme suivant les sujets qu'elle frappe. Ces troubles si différents survenus dans l'évolution des membres pourront déterminer chez certains sujets la polydactylie ou la syndactylie, chez d'autres, l'ectromélie ou l'hémimélie, et souvent, cette malformation si fréquente, le pied-bot.

L'hérédo-syphilis est susceptible encore d'entraver le développement intellectuel. Dans certains cas, il y a simple insuffisance intellectuelle, dans d'autres. l'arrêt du développement des facultés « est pour ainsi dire absolu, non moins que définitif et irrémédiable... Ajoutons qu'il n'est pas rare d'observer dans les mêmes conditions, coïncidant avec cette dégradation de l'intelligence, certains troubles de la motilité, à savoir : incertitude des mouvements, maladresse des mains, tremblements passagers, défaillances d'équilibre, faiblesse des jambes, faiblesse des quatre membres, état de parésie musculaire généralisée, etc...) E. Fournier. *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, thèse, Paris, 1898.

Tels sont dans leurs traits essentiels les principaux stigmates dystrophiques de la syphilis héréditaire, tels qu'ils sont étudiés dans le remarquable travail de M. Ed. Fournier. Il est important de les connaître, car leur constatation sur le corps du sujet est un appoint important au diagnostic de la nature des lésions viscérales que l'on est susceptible de rencontrer. En effet l'hérédo-syphilis ne se borne pas à déterminer des manifestations dystrophiques, son action porte plus loin encore ; elle agit sur les viscères qu'elle altère au point de compromettre leurs fonctions et la vie de l'individu.

Nous n'étudierons pas ici les nombreuses manifestations viscérales de la syphilis héréditaire, nous nous bornerons à l'étude de l'hérédo-syphilis laryngée qui fait l'objet de notre thèse inaugurale.

SYMPTOMES

Les laryngopathies de l'hérédo-syphilis ne diffèrent pas sensiblement au point de vue anatomo-pathologique et clinique de celles de la syphilis acquise. Ce sont généralement les lésions de la syphilis tertiaire avec tous leurs caractères. On pourra donc rencontrer des ulcérations, des gommes et des rétrécissements cicatriciels.

L'ulcération superficielle tenace est le premier symptôme ; elle est accompagnée d'une hyperémie considérable de la muqueuse. C'est la laryngite ulcéreuse à répétition de Whistler. (*Med. Times and Gazette*, 1878, n^os^ 1480 et 1484.)

L'ulcération attaque généralement les cordes vocales. Sir Morell Mackensie l'a souvent vue atteindre les replis inter-aryténoïdiens et quelquefois les bandes ventriculaires.

Les ulcérations profondes sont plus caractéristiques ; elles occasionnent de grandes pertes de substance et les changements qu'elles produisent dans la forme de l'épiglotte et d'autres parties sont très remarquables.

L'épiglotte est leur siège de prédilection ; on trouve le plus souvent un gonflement général de cet opercule avec ulcération de la portion centrale ou du bord libre. La face supérieure est plus souvent atteinte que l'inférieure. On observe alors une dysphagie extrême, mais lorsque les ulcérations sont cicatrisées, le malade peut généralement avaler sans beaucoup de difficulté, alors même que l'opercule serait détruit presque tout entier.

Lorsque les parois du pharynx sont ulcérées, on a à redouter que les bords de l'épiglotte ne contractent des adhérences anormales, état qui détermine une des formes les plus redoutables de la dysphagie et une dyspnée fort grave. Le processus ulcéreux détruit fréquemment, sur une grande étendue, les tissus muqueux et sous-muqueux, et quelquefois même il attaque les muscles, le périchondre et les cartilages. Souvent il se complique d'œdèmes, et il est également accompagné de végétations polypoïdes qui occupent de préférence les replis inter-aryténoïdiens et la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx, mais qui peuvent se rencontrer sur les cordes vocales.

Les ulcérations se confondent souvent avec les ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses ; cependant il en est qui se présentent avec les caractères spéciaux de la spécificité : forme arrondie, bords taillés à pic, saillants et entourés d'une auréole inflammatoire, fond sale, grisâtre, bourbillonneux. On rencontre fréquemment dans leur voisinage de l'œdème. La déglutition

est considérablement gênée ; cependant, certains malades n'éprouvent aucune douleur.

Le syphilome, ou la gomme, ou le tubercule syphilitique se présente sous forme de petites nodosités jaunâtres, du volume d'un grain de chènevis ou de millet, sur diverses régions du larynx, déformées ou tuméfiées.

La spécificité de la tumeur gommeuse consiste dans la forme circonscrite, globuleuse de la tumeur, destinée à subir des métamorphoses régressives ultérieures, auxquelles les éléments du tissu conjonctif environnant restent complètement étrangers. La gomme peut disparaître par résorption sous l'influence de la médication, ou bien subir la dégénérescence caséeuse.

La teminaison a lieu par une métamorphose hypoplasique (œdème, sclérose, ulcération, nécrose, épaississement) ou hyperplasique (induration, cicatrices, membranes cicatricielles.)

Le néoplasme syphilitique du larynx revêt souvent la forme végétante. Les végétations sont rarement solitaires ; isolées ou confluentes, sessiles ou pédiculées, leur dimension varie du volume d'un grain de mil à celui d'un pois. Elles ont pour siège de prédilection les bandes ventriculaires et les cordes vocales ; elles s'y développent sur les faces, sur les bords, et à l'angle de réunion ; elles envahissent rarement l'épiglotte. Les végétations syphilitiques se développent peu sur la muqueuse saine, habituellement la muqueuse était déjà atteinte de syphilome non ulcéreux ou ulcéreux. Par leur nombre ou par leur volume, les végétations syphi-

litiques peuvent rétrécir la glotte et la cavité laryngée.

Les lésions du squelette ne sont pas rares dans les formes graves. Les cartilages atteints par ordre de fréquence sont les aryténoïdes et le cricoïde ; le thyroïde est ordinairement respecté.

Le syphilome a pour premier résultat la calcification du tissu cartilagineux ; le tissu calcifié se nécrose et le séquestre est le point de départ d'une suppuration abondante, de trainées purulentes, de fistules et d'œdèmes.

Les arthropathies, les luxations, les ankyloses, dérivent du même processus syphilomateux.

Les œdèmes se présentent sous deux aspects : l'œdème blanc résulte d'un trouble circulatoire ; l'œdème rouge est un œdème inflammatoire. Les œdèmes laryngés jouent un rôle considérable dans l'histoire des laryngopathies spécifiques ; ils sont une des causes les plus habituelles de dyspnée et d'asphyxie. Ils envahissent par ordre de fréquence les replis aryténo-épiglottiques, l'épiglotte, les bandes ventriculaires, la région sous-glottique et la trachée. L'épiglotte se gonfle et affecte parfois la forme d'un museau de tanche, les aryténoïdes forment deux masses arrondies oblitérant la région sus-glottique.

Les adénopathies trachéo-bronchiques font partie des lésions occasionnées par la syphilis ; elles peuvent rester latentes ; cependant on a cité des cas où, par leur volume, elles déterminaient des phénomènes de compression récurrentielle se traduisant cliniquement par

des spasmes de la glotte ou de la paralysie laryngée.

Enfin les lésions ulcéreuses et scléreuses du larynx, laissent parfois après elles des déformations, des adhérences, des rétractions cicatricielles qui compromettent la voix et la respiration. « L'épiglotte peut être déviée, déformée par des brides de cicatrices qui l'attirent vers les replis aryténo-épiglottiques ou vers les parois latérales du pharynx; il en résulte une déformation totale de l'ouverture du larynx vu au laryngoscope. Les cordes vocales peuvent être transformées en cordons scléreux qui entraînent l'apophyse vocale et la luxent; l'axe et le calibre de la cavité laryngée sont modifiés et une laryngosténose à évolution lente en est la conséquence. » (Dieulafoy, *Manuel de Pathologie interne*, t. I.)

La dyspnée due à la sténose laryngée avant de devenir permanente procède par accès; elle augmente souvent durant la nuit. L'angoisse respiratoire s'accompagne presque toujours d'un bruit de cornage; le tirage vient ensuite si la dyspnée suit une marche progressive. On a même cité des cas, très rares il est vrai, où la suffocation survenait brusquement d'une façon imprévue, foudroyante : c'est lorsqu'un fragment de cartilage, détaché par la nécrose, tombe dans les voies aériennes et les obstrue tout à coup.

Les symptômes de ces laryngopathies spécifiques sont ceux de la laryngite profonde; il y a enrouement, dysphonie ou aphonie complète, dyspnée, avec ou sans expectoration de crachats purulents et sanguino-

lents, sensation de gêne, de picotements et de douleurs.

Lorsque les symptômes de la syphilis constitutionnelle sont très avancés, on constate quelquefois les signes d'une cachexie profonde, la fièvre, l'amaigrissement, l'épuisement, etc... et les malades meurent avec les symptômes d'une phtisie laryngée.

DIAGNOSTIC

Les antécédents du malade, la présence sur le corps des stigmates de la syphilis héréditaire, la concomitance fréquente de ces laryngopathies avec des ulcérations gommeuses et des altérations scléro-gommeuses de la langue et du pharynx sont des éléments précieux qui facilitent singulièrement le diagnostic de la nature des lésions laryngées.

Le lupus laryngé est rare ; il est ordinairement consécutif à d'autres déterminations lupiques de la peau ou de la gorge. Son aspect granuleux spécial, sa teinte violacée et livide, l'absence d'ulcérations jaunâtres, son évolution lente, sa limitation à l'épiglotte empêchent de le confondre avec la syphilis.

Mais c'est principalement avec la phtisie laryngée que les lésions spécifiques sont susceptibles d'être facilement confondues. Il y a cependant plusieurs caractères différentiels qui permettent de distinguer ces deux affections. D'abord le sujet qui a des ulcérations tuberculeuses du larynx est ordinairement atteint de

lésions pulmonaires ou de tuberculose intestinale ; il est très rare que les ulcérations laryngées soient les premières manifestations de la tuberculose.

Les ulcérations bacillaires sont moins étendues, moins profondes que les ulcères syphilitiques ; elles n'en ont ni les bords franchement taillés à pic, ni le fond excavé et bourbillonneux.

Les ulcérations tuberculeuses sont souvent entourées de nodules granuleux jaunâtres, faisant une certaine saillie ; elles sont presque toujours accompagnées d'engorgement des ganglions lymphatiques cervicaux.

Les ulcérations tuberculeuses laryngées localisées à la zone aryténo-épiglottique provoquent une dysphagie qui est plus rare dans la syphilis.

Enfin la sécrétion ou le raclage des ulcères tuberculeux permet de constater la présence du bacille de Koch.

M. le professeur Fournier, dans son remarquable travail sur la syphilis héréditaire tardive, a tracé un tableau où il établit un parallèle diagnostique entre ces deux affections. Nous nous empressons de le reproduire dans ce chapitre :

Laryngopathies de la syphilis héréditaire tardive.	*Phtisie laryngée.*
I. — Examen des matières expectorées ne révélant jamais la présence du bacille de Koch (sauf coïncidence de lésions tuberculeuses).	I. — Présence du bacille de Koch dans l'expectoration.

II. — Affection survenant d'une façon primitive et indépendante d'un état préalable de débilitation organique.	II. — Affection très exceptionnellement primitive, presque toujours préparée et précédée par des troubles de l'état général qui sont ceux de l'infection tuberculeuse.
III. — Pas de localisations pulmonaires.	III. — Affection presque toujours consécutive à des lésions tuberculeuses du poumon.
IV — Affection se produisant sur des sujets en puissance de syphilis héréditaire ; antécédents et stigmates de syphilis héréditaire.	IV. — Pas d'antécédents de syphilis, réserve faite pour la possibilité d'une coïncidence. Antécédents fréquents de tuberculose chez les ascendants.
V. — Coexistence possible d'accidents syphilitiques d'autre siège : gorge, pharynx	V. — Conséquemment jamais d'accidents syphilitiques contemporains.
VI. — Evolution rapide et allure presque aiguë de la maladie, par comparaison avec la marche lente de la phtisie laryngée.	VI. — Evolution presque toujours lente et torpide.
VII. — Influence thérapeutique exercée de la façon la plus manifeste et parfois la plus surprenante par le traitement spécifique.	VII. — Absence de toute action curative sous l'influence des mercuriaux et de l'iodure de potassium.

On pourrait encore confondre la laryngo-syphilose avec le cancer (encéphaloïde et épithélioma). Pendant la phase initiale du cancer, la tuméfaction uniforme des cordes vocales présente parfois le même aspect que dans la syphilis. Mais dans le cancer, elle est rarement indolente ; dès le début, il existe des douleurs sourdes ou lancinantes, continuelles ou intermittentes. Le traitement spécifique est là un excellent moyen de diagnostic.

Quand le cancer se constitue en tumeur, il présente un bourgeonnement que l'ulcération détruit, mais qui repullule sous forme de végétations papillaires, lesquelles s'ulcèrent à leur tour.

Le cancer entraîne des hémorragies fréquentes, un engorgement ganglionnaire et une cachexie qui ne se rencontrent pas dans la syphilis.

Les végétations et les polypes d'origine inflammatoire peuvent être confondus également avec les productions de même nature dues à la syphilis.

Dans ce cas, le diagnostic est très difficile : le traitement spécifique est seul capable de trancher la question. Il faut toujours y recourir, alors même qu'on aurait quelque raison de supposer qu'il s'agit de papillomes simples.

PRONOSTIC

Il est sérieux dans l'hérédo-syphilis, car généralement le médecin est appelé pour des lésions qui sont depuis longtemps en voie d'évolution et qui ont eu le temps de ravager le larynx, y constituant des altérations définitives contre lesquelles ne saurait agir le traitement spécifique.

Quand les lésions des cordes vocales sont très étendues ou qu'il existe de la nécrose des cartilages, on devra considérer l'organe de la voix comme irrémédiablement perdu.

M. le professeur Fournier insiste sur la gravité de ces lésions, et même, pour certains cas, gravité particulière, soudaine, dérivant soit de spasmes laryngés, soit plus certainement de complications œdémateuses sus ou sous-glottiques. On a vu plusieurs fois, au cours de ces laryngopathies, surgir tout à coup et d'une façon que rien ne faisait prévoir, des accidents formidables de dyspnée, de suffocation, d'asphyxie imminente. On a même cité des cas de mort subite à la suite d'accidents de ce genre.

Les lésions, auxquelles aboutissent tardivement ces laryngopathies, aggravent encore le pronostic. Les cicatrices vicieuses, les brides, les adhérences consécutives au processus ulcéreux ne sont-elles pas en effet la cause de ces sténoses laryngées qui condamnent le malade à la canule « à perpétuité », bien heureux encore, si elles ne déterminent pas un accident mortel?

Tardive ou précoce, l'hérédo-syphilis du larynx se montre très dangereuse par l'insidiosité du début et la rapidité des troubles sérieux. (Gerber.)

Toutefois, ces lésions, si graves soient-elles, peuvent guérir avec le secours d'un traitement approprié, voire même, spontanément sans traitement. Cependant, il faut que, lorsqu'elles guérissent, elles laissent à leur suite des lésions diverses, telles que cicatrices, brides, de la sclérose en nappe, amenant un certain degré de sténose qui va être le point de départ d'une série d'accidents graves et même mortels.

D'autre part, les larynx ainsi altérés, constitués par un tissu morbide, sont susceptibles de s'enflammer, de s'ulcérer. « Il en est de même de ces larynx, dit A. Fournier, comme de ces langues syphilitiques qui, après guérison, restent sclérosées, dures, rouges, dépapillées, mamelonnées, et qui consécutivement s'enflamment, s'érodent, se crevassent, s'ulcèrent à tout moment, sous l'influence de la moindre excitation buccale, comme assez souvent aussi sans cause appréciable. » (A. Fournier, *Syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.)

On voit quelquefois d'anciennes laryngites spéci-

fiques guéries, qui dataient du premier âge, devenir le point de départ de nouveaux accidents nécessitant une intervention rapide sous peine d'asphyxie, et les observations de sujets ayant succombé dans un âge plus ou moins avancé par le fait de lésions dont ils étaient guéris ne sont pas rares.

Le docteur F. Sémon a rapporté l'histoire de deux enfants hérédo-syphilitiques qui succombèrent à des accidents laryngés vulgaires, entés sur des lésions laryngées anciennes. L'un était âgé de 5 ans et neuf mois et l'autre de 3 ans et demi : tous les deux moururent de suffocation.

TRAITEMENT

La première indication à remplir dans le traitement de l'hérédo-syphilis du larynx, quels que soient son degré et sa forme, c'est d'instituer le plus tôt possible une médication spécifique. On recourra au traitement mixte, iodure de potassium et mercure. On prescrira l'iodure à haute dose et l'on donnera la préférence aux injections sous-cutanées de bi-iodure de mercure.

Le traitement local ne devra pas être négligé, bien qu'ayant une importance moindre que la médication spécifique. Dans les formes douloureuses, on fera des attouchements répétés des surfaces ulcérées avec la solution de cocaïne et de menthol au 1/20e ; on se trouvera bien de faire des badigeonnages endo-laryngés avec de la glycérine iodée (parties égales.)

Nous conseillons également les attouchements des surfaces ulcérées avec la solution de nitrate d'argent au 1/30e ou de chlorure de zinc au 1/20e. Certains auteurs recommandent l'emploi du galvano-cautère contre les ulcérations rebelles et dans les formes végétantes de l'hérédo-syphilis laryngée.

Mais si la dyspnée augmente malgré le traitement interne et les topiques, lorsque, sur le fond continu de la gêne respiratoire, se hantent des crises de suffo-

cation, qui se multiplient de plus en plus, il faut songer à la trachéotomie qui est seule capable de prévenir l'asphyxie fatale.

Dans les laryngosyphiloses anciennes guéries, il persiste quelquefois une sténose cicatricielle, contre laquelle échouent et la médication interne et les topiques. Dans ces cas graves, il faut restituer au larynx sclérosé son calibre normal par des moyens chirurgicaux.

Nous conseillons de faire d'abord une trachéotomie; la trachéotomie intercrico-thyroïdienne, lorsqu'elle est possible, nous paraît préférable à la crico-trachéotomie.

Lorsque la canule est en place, on peut procéder sans danger à la dilatation laryngée, suivant la méthode de Schrœtter de Vienne, et qui consiste à introduire dans le larynx une série graduée de prismes métalliques qu'on laisse chaque jour pendant plusieurs heures à demeure dans l'organe vocal. Au moyen d'un fil de soie auquel il est appendu, il est aisé de retirer du larynx le dilatateur.

Cette méthode exige de la douceur et de la prudence de la part de l'opérateur. Elle a donné d'excellents résultats dans les sténoses cicatricielles du larynx, comme le démontrent certaines observations de Petel, de Moure et de Schrœtter.

Malfilâtre. — *Traitement des laryngosténoses après la trachéotomie.* Thèse Paris, 1886.

Société de Médecine de Rouen, 1885.

OBSERVATION I

Empruntée au mémoire de John Mackensie de Baltimore.

Enfant de 10 ans, né d'un père syphilitique, et d'une mère chez laquelle la syphilis est au moins probable.

Comme *antécédents :* convulsions dans le jeune âge, hydrocéphalie, hémiplégie gauche ayant duré quelques mois, coryza avec nasillement et épistaxis, otorrhée et surdité qui persistèrent jusqu'à 3 ans.

Au-delà, santé restant indemne jusque vers l'âge de neuf ans.

A ce moment divers accidents se succédèrent à courts intervalles : adénopathies cervicales, coryza, kératite interstitielle, ostéalgies, gonflement douloureux d'un tibia, hydarthrose d'un genou, amaigrissement, etc.

Puis entrent en scène vers la même époque des symptômes pharyngo-laryngés : ulcérations de la gorge, dysphagie, toux métallique et stridente, altération progressive de la voix, enrouement auquel succède une aphonie complète, régurgitation des aliments et des boissons par le nez, déglutition devenant presque impossible, accès de suffocation, respiration striduleuse ; par instant, menace d'asphyxie, etc.

A l'examen, palais et pharynx couverts de larges cicatrices ; — luette presque entièrement détruite, — épiglotte tuméfiée, déformée, ulcérée en totalité, échancrée sur son bord libre, couverte de pus, et empêchant par son volume d'apercevoir les parties sous-jacentes ; — dans la fosse glosso-épiglottique ;

ulcération profonde se continuant vers le pharynx ; — nappe de pus recouvrant toutes les parties accessibles à l'examen. « Les choses étaient en un tel état que je pensai, lors de mon premier examen à l'opportunité d'une intervention chirurgicale. »

Cependant on se décide à tenter un traitement médical, en surveillant l'enfant et en se tenant prêt à pratiquer la trachéotomie à la première alerte. On prescrit le mercure et l'iodure de potassium.

Dès le lendemain, soulagement ; quatre jours après, amélioration manifeste ; toux moins fréquente ; déglutition possible ; ulcération de l'épiglotte diminuée d'étendue.

L'examen laryngoscopique permet de découvrir des ulcérations intra-laryngées que jusqu'alors la tuméfaction de l'épiglotte avait dissimulées.

Les jours suivants l'amélioration s'accentue davantage ; les troubles fonctionnels diminuent, les ulcérations se réparent, la voix se rétablit.

Bref, la guérison se complète le mois suivant ; tous les symptômes morbides disparaissent, la voix redevient normale, l'état général subit une modification parallèle et le malade quitte l'hôpital en bon état.

OBSERVATION II

Due à M. le docteur Poyet, consignée dans l'ouvrage de M. le professeur Fournier (*Syphilis héréditaire tardive* 1886.

Enfant de 9 ans, petit, malingre. Sa mère déclare avoir eu la syphilis. Depuis lors elle a eu quatre grossesses. Les deux premières se sont terminées par des fausses couches. La troi-

sième a donné naissance à un enfant syphilitique, qui est mort à douze jours, et la quatrième au petit malade actuel. Pas de renseignements sur le père.

Antécédents personnels de l'enfant : Dans les premières semaines, éruption sur tout le corps. — A cinq ans kératite interstitielle double de très longue durée. Traitement par l'iodure de potassium ; guérison avec taie persistante sur l'œil droit. Croissance difficile ; développement enrayé. A 9 ans, écoulement purulent par le nez ; maux de gorge ; vastes ulcérations de la gorge traitées comme spécifiques à l'hôpital Lariboisière.

Quelques mois après, dyspnée, toux, enrouement, puis aphonie complète. Respiration devenant de plus en plus difficile ; accès de suffocation. Adénopathies cervicales.

A l'examen, on découvre, (sans parler de vastes cicatrices du voile du palais avec disparition de la luette, non plus que de cicatrices très étendues du pharynx), une épiglotte muriforme, ulcérée en totalité et à moitié détruite du côté gauche, des ulcérations des replis aryténo-épiglottiques, des ulcérations dans le sinus pharyngo-laryngé. Impossible d'apercevoir l'intérieur du larynx.

Traitement par l'iodure de potassium et attouchements à la teinture d'iode. Guérison des accidents en l'espace d'un mois.

OBSERVATION III

Hôpital Lariboisière. Service de M. le docteur Gouguenheim, salle Lasègue. Lit n° 12.

H... Auguste, âgé de 17 ans 1/2 entre à l'hôpital Lariboisière pour un violent mal de gorge et un enrouement qui date depuis plus de trois mois.

Questionné sur ses antécédents héréditaires, il donne les renseiguements suivants : son père serait mort hémiplégique à l'âge de 40 ans ; sa mère a toujours joui d'une exellente santé.

Une sœur mariée à 18 ans a déjà eu deux fausses couches, mais n'a jamais eu de maladie grave jusqu'à son mariage.

Antécédents personnels : il déclare n'avoir jamais été bien portant. A 6 ans il eut une rougeole assez grave qui l'obligea à garder la chambre pendant trois mois. Depuis cette maladie il aurait toujours été souffrant. Il eut un écoulement d'oreille qui persiste encore et qui l'a rendu presque sourd.

Examen du malade : Le malade est chétif, son teint est pâle. Aucune déformation cranio-faciale ; aucun stigmate sur le corps Malformations dentaires caractéristiques, rappelant la dent d'Hutchinson, au niveau des incisives médianes supérieures.

L'échancrure dentaire est très nette ; la dent est large au niveau de son collet et retrécie au niveau de son bord libre ; elle affecte la configuration dite en tournevis.

Les lésions de la gorge sont caractéristiques : tout le pharynx paraît envahi par une production gommeuse à foyers multiples, affectant à la fois et le voile du palais et le pharynx.

Celui-ci présente par places des cicatrices fibreuses, vestige d'une suppuration ancienne. On constate en outre une symphyse du voile du palais avec la paroi postérieure du pharynx.

Examen laryngoscopique. — Aryténo-épiglottite se traduisant par une épiglotte crénelée, en dents de scie, épaissie, rouge, et par la tuméfaction des aryténoïdes dont l'un a atteint le volume d'un gros pois. — Les cordes vocales sont rouges ; la gauche est exulcérée sur son bord libre et a perdu un peu de sa mobilité, probablement à cause de l'arthrite crico-aryténoïdienne concomitante.

La muqueuse laryngée est tapissée d'un exsudat purulent qui gêne un peu l'examen endolaryngée.

La pression sur le corps thyroïde est un peu douloureuse ; toutefois il n'y a pas de rougeur ni d'œdème à ce niveau.

Traitement.

Attouchements intra-laryngés avec la solution de nitrate d'argent au 1/40 tous les trois jours.

Traitement spécifique par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

Au bout de 6 jours, amélioration notable. L'examen pharyngo-laryngé pratiqué le huitième jour a permis de constater la diminution de dimension des ulcérations gommeuses, la rétrocession du gonflement et de l'œdème du pharynx. — La sécrétion purulente et la fétidité ont diminué considérablement.

On continue le traitement spécifique et le malade quitte l'hôpital très amélioré ; mais l'enrouement, dû à des lésions définitives du larynx, s'est amendé sans disparaître.

OBSERVATION IV

Rifl..., Jean, âgé de 30 ans, exerce la profession de charpentier.

Antécédents héréditaires. — Aucune particularité intéressante à signaler. Son père est mort à 40 ans d'une fluxion de poitrine ; sa mère vit encore et jouit, paraît-il, d'une excellente santé.

Collatéraux. Son frère, qui est âgé de 25 ans, se porte bien et vient de faire trois années de service militaire.

Ses deux sœurs, dont l'une a 20 ans et l'autre 15, sont aussi en bonne santé ; mais elles ne sont pas issues du même père que son frère et lui.

Antécédents personnels. — Le malade déclare ne pas se rappeler avoir été malade pendant sa première enfance ; ce

n'est qu'à partir de l'âge de 7 ans qu'il a commencé à ressentir les premières atteintes du mal dont il souffre encore aujourd'hui.

A cette époque, il aurait eu, au fond de la gorge, une vaste ulcération, dont il a guéri après un assez long traitement suivi à l'hôpital Sainte-Eugénie.

A 7 ans 1/2, il fut pris d'un coryza intense au cours duquel la racine du nez augmenta considérablement de volume ; bientôt la peau s'ulcéra à ce niveau et donna lieu à un écoulement purulent très persistant. Cette plaie a guéri spontanément, mais a laissé sur la moitié droite de la racine du nez une cicatrice blanche, adhérente, qui est très visible actuellement. En même temps que cette ulcération, un écoulement purulent, fétide, s'est effectué par les deux narines et peu à peu le nez s'est affaissé.

Le nez est actuellement écrasé à sa racine ; il rappelle ce que serait, sur un buste en glaise, un enfoncement profond produit par le pouce à ce niveau.

A 8 ans, apparut dans la joue droite une grosseur du volume d'une noix. Cette tumeur indolente s'ulcéra au dehors, donna issue à du pus et se cicatrisa après un traitement dont la nature est ignorée du malade.

A 12 ans, une tuméfaction se manifesta sur le condyle interne du genou droit ; elle donna lieu à un écoulement purulent qui s'arrêta spontanément, laissant après lui une dépression cicatricielle adhérente à l'os, que l'on remarque très bien aujourd'hui.

Même accident à la partie moyenne de la jambe gauche, mais plus étendue encore. L'étendue très vaste de la cicatrice fait penser que le malade dut avoir à ce niveau une ulcération phagédénique. Cette plaie dura deux années consécutives, de 13 à 15 ans.

Pas d'autres cicatrices ailleurs. Les membres sont bien conformés ; la poitrine et le bassin n'offrent rien d'anormal.

Le crâne semble bien conformé. Le malade, dont l'intelligence paraît suffisamment développée, déclare qu'il n'a jamais eu d'accidents que ces abcès multiples. Il n'a jamais eu de perte de connaissance ni d'attaque de paralysie. Il est marié et a une fillette de 5 ans bien portante. Il est venu à la clinique du docteur Castex pour un enrouement persistant et datant déjà depuis plusieurs mois.

Examen du malade :

Le malade est amaigri ; son teint est jaune terreux. Son facies est caractéristique de l'hérédo-syphilis ; le corps et la face sont labourés de cicatrices étoilées, blanches, adhérentes qui sont les vestiges d'anciennes suppurations.

Nous examinons la cavité buccale et le pharynx. La dentition est défectueuse, mais n'a rien de caractéristique, car presque toutes les dents manquent et celles qui persistent sont déformées par une carie très avancée. La langue est mamelonnée, dure et sillonnée de crevasses ; le malade n'en a jamais souffert.

Les altérations du pharynx sont typiques. Pas de perforation du palais. Les piliers antérieurs paraissent atrophiés ; le voile du palais est soudé à la paroi postérieure du pharynx, formant ainsi un diaphragme qui sépare le rhino-pharynx de l'arrière-gorge. Un orifice de la dimension d'un pois situé sur la ligne médiane, et un second orifice plus petit situé à droite de la ligne médiane font seuls communiquer le rhino-pharynx avec l'arrière-gorge.

Sur la paroi postérieure du pharynx on aperçoit une cicatrice blanchâtre, adhérente, descendant verticalement et qui est vraisemblablement le vestige de l'ulcération pharyngienne pour laquelle le malade fut soigné à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Malgré ces lésions, le malade n'éprouve aucune gêne de la déglutition et la voix n'est pas nasonnée. Le goût est toutefois légèrement émoussé.

Examen laryngoscopique. Aspect rouge de la muqueuse endolaryngée ; l'épiglotte est épaissie, dentelée suivant son bord libre ; elle est tomenteuse et d'un aspect rouge sombre. — La région aryténoïdienne est épaissie ; l'aryténoïde gauche est plus volumineux que le droit et moins mobile pendant les mouvements de la phonation.

Il n'y a pas de végétations dans le vestibule du larynx qui paraît légèrement rétréci par l'hyperplasie épiglottique et aryténoïdienne.

Les cordes vocales, surtout la gauche, sont rouges, épaissies. La corde vocale gauche est limitée dans ses mouvements d'adduction et n'arrive pas au contact de la droite dans l'expiration forcée.

On n'observe pas de sténose sous-glottique.

Les régions périlaryngées paraissent indemnes ; les cartilages thyroïde et cricoïde ne sont pas augmentés de volume et ne sont pas douloureux à la pression. Il n'y a aucune cicatrice dans le voisinage du larynx. — Pas d'adénopathie cervicale. Le malade respire assez bien et n'a aucun signe de sténose laryngée. Les signes subjectifs se bornent à un simple enrouement, qui augmente sous l'influence du froid et de la fatigue vocale et qui dure depuis plusieurs mois. Autrement, il ne souffre pas et déclare se bien porter.

Il ne tousse pas ; l'auscultation des poumons n'a révélé l'existence d'aucune lésion appréciable.

Nous avons prescrit le traitement spécifique mixte contre ces accidents laryngés, qui semblent s'être amendés depuis que le malade y est soumis.

CONCLUSIONS

De l'exposé qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° — L'hérédo-syphilis laryngée est plus fréquente qu'on le croit généralement ;

2° — Souvent les troubles laryngés persistant et récidivant chez les jeunes enfants, et simulant la trachéo-laryngite chronique, la laryngite striduleuse, l'œdème laryngé, ne sont autre chose que des accidents laryngés de la syphilis héréditaire, dont la nature est ordinairement méconnue du médecin ;

3° — Le diagnostic de la nature de ces lésions est possible par le seul examen laryngoscopique ;

4° — La présence sur le corps du sujet de manifestations spécifiques ou des stigmates dystrophiques que nous avons énumérés plus haut, constitue un élément de contrôle précieux dans les cas douteux ;

5° — Ces laryngopathies comportent un pronostic très grave, d'abord parce qu'elles compromettent le fonctionnement de l'organe, ensuite parce qu'elles entraînent après elles des sténoses progressives qui peuvent être le point de départ d'accidents mortels ;

6° — Elles sont influencées remarquablement par le traitement spécifique dont les effets curatifs sont merveilleux, surtout au début, avant l'apparition des brides et des rétractions scléro-cicatricielles, qui ne sont justiciables que du traitement chirurgical.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : le Président,

POTAIN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteurde l'Académie de Paris.

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Fournier. — Syphilis héréditaire tardive. 1886.

Ed. Fournier. — Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Thèse, Paris, 1898.

Péronne et *Isambert.* — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1875.

Natier. — Bulletin de la Société française de laryngologie, 1893.

Mauriac — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1876.

Jarvis. — Association médicale américaine, 1891.

Mauriac. — Archives générales de Médecine. décembre 1888.

Castex. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles, 1899.

Botey. — Congrès de Rome, 1894.

Sevestre. — Progrès médical, 18 mai 1889.

Cartaz. — Bulletin de la Société française de laryngologie de 1889.

Krishaber et *Mauriac.* — Laryngopathies des premières phases de la syphilis. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1875.

Schrœtter. — (de Vienne). — Congrès international de Berlin. 1890.

Mendel. — Laryngite syphilitique secondaire. Thèse, Paris, 1893.

J. Boyer. — Thèse, Paris, 1897.

Schrœtter. — Allg. Wiener med. Zeitung, 1874.

Capart. — Académie royale de médecine de Belgique, 1879.

Ganghofner. — Zeitschr. für Heilk, 1880. Tome I, p. 350.

Poyet. — Occlusion membranoïde du larynx. — (Bulletin médical, 18 septembre 1887).

Navratil. — Deux cas de sténose laryngée syphilitique. — Société de Laryngologie hongroise, 25 janvier 1894.

Massei. — Traitement des laryngo-sténoses chroniques (Archives italiennes de laryngologie. N° 1. 1896).

Castex. — Rétrécissement sous-glottique (Bulletin de laryngologie, 30 juin 1898).

Gouguenheim. — Laryngite syphilitique, 1881.

Asch. Morris. — Stenosis of the larynx from syphilis. Tracheotomia (Arch. of Laryng, 1880).

Bourguet. — Gazette médicale de Paris, 1851, p. 265.

Coupard. — Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie du docteur Moure. Nov. 1880, p. 90.

Eeman. — Syphilome des deux cordes vocales inférieures. (Revue mensuelle de laryng; otol. et rhinol., 1886, p. 77).

Eros. — Syphilis laryngée chez l'enfant (Paris, Méd., 1879-1880, p. 596).

Alph. Guérin. — Bulletin académique de Médecine, 1869.

Guinier. — Végétations du larynx (Gazette des hôpitaux, p. 160, 1866).

Krishaber. — Contribution à l'étude des troubles respiratoires dans les laryngopathies syphilitiques. Paris, 1879.

Meunier. — Thèse, Paris, 1882.

Tessier. — Syphilis et tuberculose du larynx. Thèse, Paris, 1888.

Trélat. — Bulletin de l'acad. de Médecine, 1869.

Whistler. — Notes of the syph. strict. of the larynx. Two cases opérat. with a new cutting (Arch. of laryng, vol. II).

Paris. — Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de Méd., 15, rue Racine.